

## ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Број на штета (пополнува Осигурувачот)

|                              |             |              |            |
|------------------------------|-------------|--------------|------------|
| ПОДАТОЦИ ЗА<br>ОДИГУРУВАЊЕТО | Полиса број | Важност од   | Важност до |
|                              | Договорувач | Матичен број |            |
|                              | Адреса      | Место        |            |

|                                                               |                                  |                 |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------|
| ПОДАТОЦИ ЗА<br>ОСИГУРЕНИКОТ –<br>КОРИСНИКОТ НА<br>ОСИГУРУВАЊЕ | Име и презиме                    | Матичен број    |
|                                                               | Број на здравствена легитимација | Телефонски број |
|                                                               | Е-пошта                          | Мобилен телефон |
|                                                               | Адреса                           | Место           |
|                                                               | Адреса за кореспонденција        | Место           |
|                                                               | Професија во момент на настан    | Вработен/а во   |
|                                                               | Трансакциска сметка              | Банка           |

|                                                                 |                                                                  |               |                      |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ПРИЈАВА ЗА<br>ХИРУРШКА<br>ИНТЕРВЕНЦИЈА | Кога за прв пат е препорачана хируршка интервенција              |               |                      |
|                                                                 | Здравствена установа во која е препорачана хируршка интервенција |               |                      |
|                                                                 | Место на хируршка интервенција                                   | Дата на прием | Дата на интервенција |

|                                                     |                                                                   |                                  |  |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ПРИЈАВА ЗА<br>ТЕШКА БОЛЕСТ | Дата кога за првпат сте се јавиле на лекар со симптоми на болеста |                                  |  |
|                                                     | Име и презиме на лекар кој ја утврдил болеста                     | Установа каде е утврдена болеста |  |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                              |  |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ЗАШТИТА НА ЛИЧНИ<br>ПОДАТОЦИ | Се согласувам Осигурувачот да ги користи моите лични податоци. Согласноста се дава заради исполнување на обврската на Осигурувачот предвидена во член 17 од Правилникот за минимални барања за прием, обработка, резервација и исплата на барање за надомест на штета и/или осигурен износ во функција на подобра заштита на правата на осигурениците на Агенцијата за супервизија на осигурување. |                                                                                                                                                                              |  |
|                              | Согласен сум осигурувачот да задржи копија од:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Трансакциска сметка<br><input type="checkbox"/> Медицинска документација<br><input type="checkbox"/> Задолжителна документација за пријава на штета |  |

Место и датум на поднесување:

Потпис на осигуреникот

Примено на: